

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення
УДК 616.899:616.89-008.42:616.895.7-052-07:614.253
DOI 10.11603/1811-2471.2019.v.i4.10816

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЄНСУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ СУДИННІЙ ДЕМЕНЦІЇ

©К. В. Шевченко-Бітенський

ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України»,
м. Одеса

РЕЗЮМЕ. Актуальність проблеми клінічних особливостей медикаментозного комплаєнсу (МК) пацієнтів із судинною деменцією (СД) обумовлена, перш за все, поширеністю даної патології. Проблеми МК пацієнтів з деменцією присвячено достатню кількість досліджень, але в сучасній науці відсутні систематизовані уявлення щодо комплаєнтності хворих, клінічна картина яких включає не лише когнітивні, а й некогнітивні розлади. Особливу проблему складають галюцинаторно-параноїдні розлади (ГПР) при СД. Дослідження в цьому напрямку мають велике медико-соціальне значення.

Мета – встановити особливості МК у пацієнтів з ГПР при СД.

Матеріал і методи. З метою визначення особливостей МК у пацієнтів з ГПР при СД було обстежено 75 пацієнтів з вказаною патологією. 51 пацієнт з частковим та неповним МК увійшов в основну групу, 24 пацієнти з повним МК склали контрольну групу. Для реалізації мети дослідження був використаний комплекс методів дослідження, що включав клініко-психопатологічний метод, доповнений шкалою МК, шкалою GAF та шкалою BPRS.

Результати. Результати досліджень показали, що у 67,9 % пацієнтів з ГПР при СД виявлено порушення МК (у 34,6 % – частковий, у 33,3 % – низький МК). Ознаками такого порушення виявилися чинники ставлення до медикації (відмова/ухилення від прийому призначених ліків і процедур, негативне ставлення до препаратів, що приймаються та низька оцінка їх ефективності), чинники, пов'язані з пацієнтом (відсутність або часткова критика до хвороби і її проявів; високий рівень продуктивної симптоматики у вигляді розпаду розумових процесів, ворожості, підозріливості, галюцинаторно-параноїдної симптоматики та низький рівень соціального функціонування); чинники, пов'язані з близьким оточенням (низький рівень соціальної підтримки); чинники, пов'язані з лікарем (низький рівень терапевтичного альянсу).

Висновки. Визначені фактори МК у осіб з ГПР при СД необхідно використовувати для вдосконалення діагностики ГПР у цих хворих та розробки персоналізованої програми їх психосоціальної реабілітації, що дозволить підвищити ефективність терапії у цього контингенту.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: судинні деменції; медичний комплаєнс; галюцинаторно-параноїдні розлади.

Вступ. Актуальність проблеми клінічних особливостей медикаментозного комплаєнсу пацієнтів із судинною деменцією (СД), обумовлена, перш за все, поширеністю даної патології. Згідно з даними світової статистики, СД за поширеністю посідає друге місце після деменції внаслідок хвороби Альцгеймера (ХА) [1–3]. У країнах Європи близько 1,2 млн хворих страждають СД, а до 2050 року, як прогнозують, їх число досягне 2,8 млн [3]. В Україні серед хворих з деменцією також переважають пацієнти з СД, на які припадає 42 % випадків діагностованих деменцій, що значно більше, ніж при ХА [2, 4].

Характерною особливістю надання медичної допомоги при деменції є необхідність тривалого лікування, що робить особливо актуальною проблему прихильності пацієнтів до лікарських рекомендацій, включаючи й дотримання медикаментозного режиму. Низька прихильність до терапії є однією з найбільш значущих проблем у контролі над прогресуванням деменції [3, 5]. Незважаючи на те, що ефективне і безпечне лікування необхідне всім пацієнтам, його отримують тільки 50 % хворих, при цьому тільки у 25 % випадків таке лі-

кування є адекватним [1, 4, 6]. Низька ефективність терапії зумовлена як клінічними, так і психологічними чинниками. Серед клінічних чинників провідними є клініко-психопатологічна структура деменцій, перебіг захворювання, його коморбідність з іншими психічними розладами. Психологічні чинники визначаються особистісними особливостями пацієнта, збереженням механізмів адаптації, а також прихильністю до терапії – комплаєнтністю [2, 7]. Терміном «комплаєнс» прийнято визначати слідування пацієнтом наданим йому лікувальним рекомендаціям. Незважаючи на те, що комплаєнтність стосується будь-яких рекомендацій лікаря, основним її змістом є прихильність до, насамперед, до лікарських призначень, і у цьому контексті перевага надається терміну «медикаментозний комплаєнс» (МК) [8]. МК є проблемою великої практичної важливості. Для психіатричної практики проблема комплаєнсу в терапії пацієнтів з деменціями є досить актуальною [5, 8, 9]. Порушення терапевтичного альянсу у даній категорії хворих, їх недостатня комплаєнтність (non-compliance) спостерігаються більш ніж в 60 % випадків.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

Недотримання режиму прийому лікарських засобів супроводжується погіршенням симптоматики, збільшенням ризику рецидивів і повторними госпіталізаціями [10]. Проблеми МК пацієнтів з деменцією присвячено достатню кількість досліджень, але в сучасній науці відсутні систематизовані уявлення щодо комплаєнтності хворих, клінічна картина яких включає не лише когнітивні, а й некогнітивні розлади. Особливу проблему складають галюцинаторно-параноїдні розлади (ГПР) при СД [3, 7, 10], тому дослідження в цьому напрямку мають велике медико-соціальне значення.

Мета дослідження – встановити особливості МК у пацієнтів з ГПР при СД.

Матеріал і методи дослідження. У дослідженні взяли участь 75 пацієнтів з ГПР при СД. З урахуванням критерію Expert Consensus Guidelines (2003) серед усіх пацієнтів були виокремлені 24 хворих з повним МК (пропускання хворими на СД прийому медикаментів і процедур складо не більше 25 % від призначених); 26 пацієнтів з част-

ковим МК (пропускання хворими прийому медикаментів і процедур складо від 25 % до 65 % від призначених); 25 пацієнтів з низьким МК (пропускання хворими на деменцію прийому медикаментів і процедур складо більше 65 %, від призначених лікарем). Згідно з метою дослідження були сформовані 2 групи: в основну групу увійшов 51 пацієнт з ГПР при СД з частковим та низьким МК, контрольну групу склали 24 пацієнти з ГПР при СД з повним МК.

Для реалізації мети дослідження був використаний клініко-психопатологічний метод, доповнений шкалою МК, шкалою глобального функціонування (Global Assessment Functionally) (GAF) та шкалою оцінки продуктивної психопатологічної симптоматики (Brief Psychiatric Rating Scale) (BPRS) [11, 12].

Результати й обговорення. Результати вивчення клінічних особливостей медикаментозного комплаєнсу у хворих з ГПР при судинній деменції представлені в таблиці 1.

Таблиця 1. Клінічні особливості медикаментозного комплаєнсу у хворих з галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції

Клінічні ознаки МК	Основна група	Контрольна група
	(M±σ)	
1	2	3
Ставлення до медикації		
Поведінка при медикаментозному лікуванні	0,4±0,2 **	1,3±0,3
Зацікавленість в прийомі ліків	1,2±0,4	1,4±0,3
Побоювання, пов'язані з психотропною дією і побічними ефектами	1,7±0,4 **	3,7±0,4
Психологічно обумовлене саботування медикації	2,3±0,3	2,5±0,3
Анамнестичні відомості про порушення комплаєнсу	2,2±0,4	2,5±0,5
Ставлення хворого до препаратів, які приймалися раніше	1,5±0,2	1,6±0,4
Оцінка хворим ефективності прийнятого на даний момент препарату при монотерапії	0,8±0,3 *	1,5±0,2
Оцінка хворим ефективності прийнятої комбінації препаратів	0,7±0,3 *	1,4±0,4
Прийнятність парентерального способу введення препарату	0,2±0,3	0,4±0,4
Прийнятність перорального прийому препарату	0,3±0,1	0,4±0,2
Задоволеність режимом прийому препарату	1,2±0,3	1,0±0,2
Доступність препарату	0,7±0,2	0,7±0,3
Інформація про час очікуваного початку дії препарату	0,7±0,1	0,8±0,2
Фактори, пов'язані з пацієнтом		
Усвідомлення хвороби	0,9±0,3 **	2,2±0,4
Рівень продуктивної симптоматики (шкала BPRS)	0,7±0,2 *	1,3±0,3
Рівень негативної симптоматики (шкала SANS)	0,8±0,3	1,1±0,3
Частота рецидивування	1,1±0,2	1,2±0,2
Суїцидальні тенденції та тенденції до саморуйнівної поведінки	1,7±0,2	1,8±0,2
Коморбідні зі зловживанням психоактивними речовинами і / або розладами особистості	0,8±0,2	0,8±0,1
Глобальний рівень соціального функціонування (Шкала GAF)	0,6±0,2*	1,1±0,1
Наявність когнітивних порушень	0,2±0,2	0,3±0,2

1	2	3
Фактори, пов'язані з близьким оточенням		
Рівень соціальної підтримки, включаючи матеріальну	0,8±0,3*	1,5±0,4
Ставлення близьких до медикації	2,6±0,3	2,8±0,2
Фактори, пов'язані з лікарем		
Терапевтичний альянс	0,7±0,2**	1,5±0,4
Адекватність лікарського спостереження поза загостренням	1,4±0,3	1,5±0,4

Умовні позначення: * – відмінності вірогідні при $p < 0,05$; ** – відмінності вірогідні при $p < 0,01$.

Як видно з таблиці 1, у хворих з ГПР при СД з низьким і частковим МК з факторів, що знижують прихильність пацієнтів до медикаментозного лікування, визначалися відмова (уникнення), ухилення хворих від прийому призначених лікарем ліків і процедур (0,4±0,2 бали, при $p < 0,01$), тоді як хворі з СД контрольної групи від прийому медикаментів не відмовлялися і приймали препарати або самостійно, або під контролем медперсоналу чи родичів (1,3±0,3 бали, при $p < 0,01$).

У пацієнтів основної групи спостерігалось негативне ставлення до препаратів, що приймаються, яке пов'язане з суб'єктивною думкою хворих про тяжкі побічні дії призначених медикаментів, про відсутність ефекту від їх використання, про негативний вплив медикаментів на особистість або фізичне здоров'я (1,7±0,4 бали, при $p < 0,01$). У хворих з повним МК негативне ставлення до прийнятих ліків виявлялося менш вираженим. Хворі контрольної групи вважали, що психотропні препарати в подальшому можуть викликати неприємні побічні дії, але від прийому медикаментів не відмовлялися (3,7±0,4 бали, при $p < 0,01$).

При низькому та частковому МК спостерігалась низька оцінка хворими ефективності прийнятого на даний момент препарату при монотерапії (0,8±0,3 бали, при $p < 0,05$), тоді як у пацієнтів контрольної групи оцінка ефективності прийнятого на даний момент препарату досягала середньо-високого рівня (1,5±0,2 бали, при $p < 0,05$).

Хворі основної групи низько оцінювали ефективність прийнятої на даний момент комбінації препаратів (0,7±0,3 бали, при $p < 0,05$), тоді як у контрольній групі оцінка ефективності прийнятої на даний момент комбінації препаратів досягала середньо-високого рівня (1,4±0,4 бали, при $p < 0,05$).

Була також встановлена відсутність або часткова критика пацієнтів основної групи до хвороби та її проявів (0,9±0,3 бали, при $p < 0,01$), тоді як у хворих контрольної групи рівень критики був вищим – хворі краще усвідомлювали симптоми хвороби і необхідність лікування (2,2±0,4 бали, при $p < 0,01$).

У хворих на СД з низьким і частковим МК визначався низький рівень соціального функціону-

вання (0,6±0,2 бали, при $p < 0,05$), тоді як у хворих на СД з повним МК визначався переважно середній рівень соціального функціонування (1,1±0,1 бали, при $p < 0,05$).

У пацієнтів основної групи було зафіксовано низький рівень соціальної підтримки, низьке матеріальне сприяння у придбанні ними лікарських засобів, недостатня допомога з боку родичів у вирішенні побутових та соціальних проблем хворих (0,8±0,3 бали, при $p < 0,05$), тоді як у хворих контрольної групи був середньо-високий рівень соціальної підтримки з боку родичів і друзів (1,5±0,4 бали, при $p < 0,05$).

У пацієнтів основної групи виявили низький рівень терапевтичного альянсу (0,7±0,2 бали, при $p < 0,01$), тоді як у хворих контрольної групи визначався середньо-високий рівень цього показника (1,5±0,4 бали, при $p < 0,05$).

Високий рівень продуктивної симптоматики був встановлений у хворих основної групи (0,7±0,2 бали, при $p < 0,05$), тоді як у пацієнтів контрольної групи рівень продуктивної симптоматики варіював у середньо-низькому рівні (1,3±0,3 бали, при $p < 0,05$).

Детально вивчені за допомогою шкали GAF особливості рівня соціального функціонування хворих на СД із низьким і частковим МК, порівняно з контрольною групою, представлено на рисунку 1.

Згідно з результатами дослідження, в основній групі обстежених середньо-груповий рівень глобального функціонування хворих склав 24,1±8,4 бали і варіював у межах від 15,7 до 32,5 балів ($p < 0,05$). Хворим цієї групи був притаманний діапазон соціального функціонування від вираженого погіршення функціонування в окремих сферах життєдіяльності (робота, сімейні відносини, побутова діяльність, самообслуговування і т.п.) до потреби в сторонньому нагляді для підтримки мінімальної життєдіяльності та особистої гігієни.

У хворих з повним МК при СД середньо-груповий рівень глобального функціонування хворих склав 40,1±10,2 бали і варіював у межах від 29,9 до 50,3 балів ($p < 0,05$). У пацієнтів цієї групи реєструвався діапазон соціального функціонування від серйозних труднощів у соціальній та про-

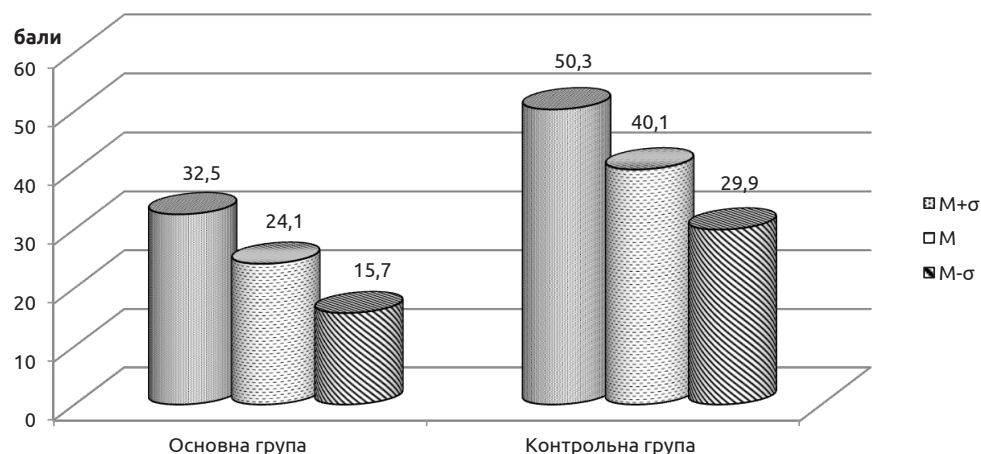


Рис. 1. Особливості рівня соціального функціонування хворих з галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції.

фесійній сфері до поведінки, яка в значній мірі визначалась психопатологічними і когнітивними розладами, що ведуть до зниження здатності функціонувати в більшості соціальних сфер їх життєдіяльності.

Результати детального вивчення, проведеного за допомогою шкали BPRS, яка визначає особливості продуктивної психопатологічної симптоматики у хворих з ГПР при СД, наведені в таблиці 2.

Згідно з результатами, представленими в таблиці 2, у хворих з частковим та низьким МК виявлені показники продуктивної симптоматики, які

достовірно відрізнялися від групи контролю. До цих показників належать:

– розпад розумових процесів (сплутаність, інкогерентність, розірваність мислення тощо) в помірно-значній мірі вираженості ($5,5 \pm 1,0$ бали, при $p < 0,01$), тоді як у хворих з повним МК розпад розумової діяльності був вираженим незначно ($2,2 \pm 1,1$ бали, при $p < 0,01$).

– ворожість (недоброзичливе, зневажливе, презирливе, вороже ставлення до нколишніх і медичного персоналу) у помірно-значній мірі вираженості ($5,4 \pm 1,3$ бали, при $p < 0,01$), тоді як у хво-

Таблиця 2. Особливості продуктивної психопатологічної симптоматики у хворих з галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції

Найменування показників продуктивної симптоматики	Основна група	Контрольна група
	(M±σ)	
Ставлення до соматичного стану	$2,9 \pm 0,5$	$2,5 \pm 0,6$
Тривога	$4,1 \pm 0,8$	$3,5 \pm 0,7$
Емоційне замикання в собі	$3,7 \pm 1,1$	$3,1 \pm 0,8$
Розпад розумових процесів	$5,5 \pm 1,0^{**}$	$2,2 \pm 1,1$
Почуття провини	$4,5 \pm 1,0$	$3,9 \pm 1,1$
Напруженість	$3,5 \pm 0,8$	$2,9 \pm 0,7$
Манірність, химерність поведінки	$3,1 \pm 0,7$	$2,6 \pm 0,8$
Ідеї величі	$2,4 \pm 0,5$	$1,9 \pm 0,5$
Депресивний настрій	$4,5 \pm 1,2$	$4,0 \pm 0,9$
Ворожість	$5,4 \pm 1,3^{**}$	$2,1 \pm 0,8$
Підозрілість, параноїдний зміст	$5,4 \pm 1,4^{*}$	$3,4 \pm 1,2$
Галюцинації	$5,1 \pm 1,6^{*}$	$3,1 \pm 1,1$
Рухова загальмованість	$2,1 \pm 0,5$	$1,7 \pm 0,4$
Зниження установки на співпрацю з лікарем	$3,9 \pm 0,9^{**}$	$1,7 \pm 0,5$
Химерність мислення	$2,7 \pm 0,7$	$2,3 \pm 0,6$
Афективна сплосченість	$3,8 \pm 0,9$	$3,4 \pm 0,7$
Збудженість	$3,0 \pm 1,1$	$2,4 \pm 0,8$
Порушення орієнтування	$3,4 \pm 1,0$	$2,9 \pm 0,9$

Примітка: * – відмінності вірогідні при $p < 0,05$; ** – відмінності вірогідні при $p < 0,01$.

рих контрольної групи ворожість була вираженою в меншій мірі ($2,1 \pm 0,8$ бали, при $p < 0,01$).

– підозріливість, параноїдні розлади (маячна впевненість різного змісту) помірно-значної вираженості ($5,4 \pm 1,4$ бали, при $p < 0,05$), тоді як у хворих з помірним МК підозріливість і параноїдні розлади відзначалися лише в незначно-помірному ступені вираженості ($3,4 \pm 1,2$ бали, при $p < 0,05$).

– галюцинаторні розлади помірно-значної вираженості ($5,1 \pm 1,6$ бали, при $p < 0,05$), тоді як у хворих контрольної групи галюцинаторні розлади відзначалися лише в незначно-помірному ступені вираженості ($3,1 \pm 1,1$ бали, при $p < 0,05$).

– зниження психологічної настанови на співпрацю з лікарем (опір, невдоволення, упередженість і недостатня готовність співпрацювати з лікарем тощо) ($3,9 \pm 0,9$ бали, при $p < 0,01$), тоді як у хворих з повним МК знижена мотивація на співпрацю з лікарем відзначалася в незначній мірі вираженості ($1,7 \pm 0,5$ бали, при $p < 0,01$).

Висновки. У 67,9 % пацієнтів з ГПР при СД виявлено порушення МК (у 34,6 % – частковий, у

33,3 % – низький МК). Ознаками такого порушення виявилися чинники ставлення до медикації (відмова/ухилення від прийому призначених ліків і процедур, негативне ставлення до препаратів, що приймаються, та низька оцінка їх ефективності), чинники, пов'язані з пацієнтом (відсутність або часткова критика до хвороби і її проявів; високий рівень продуктивної симптоматики у вигляді розпаду розумових процесів, ворожості, підозріливості, галюцинаторно-параноїдної симптоматики та низький рівень соціального функціонування); чинники, пов'язані з близьким оточенням (низький рівень соціальної підтримки); чинники, пов'язані з лікарем (низький рівень терапевтичного альянсу).

Визначені фактори МК у осіб з ГПР при СД необхідно використовувати для вдосконалення діагностики ГПР у цих хворих та розробки персоналізованої програми їх психосоціальної реабілітації, що дозволить підвищити ефективність терапії у цього контингенту хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Левада О. А. Распространенность психопатологических и поведенческих нарушений на этапах развития субкортикальной сосудистой деменции в пожилом и старческом возрасте / О. А. Левада, А. В. Траилин // Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина. – 2013. – № 03. – С. 63–68.

2. Мищенко Т. С. Сосудистая деменция / Т. С. Мищенко, В. Н. Мищенко // НейроNews. – 2011. – № 2/1. – С. 32–34.

3. Уманский С. В. Комплаенс в терапии пациентов с пограничными психическими расстройствами / С. В. Уманский // Психиатрия Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С. 59–61.

4. Асриян О. Б. Комплаенс как результат коммуникативной компетентности врача / О. Б. Асриян // Педагогика. – 2016. – № 4. – С. 93–97.

5. Biomedical ethics and communications in health care: The abstract of lectures / V. S. Glushanko, A. A. Gerberg, E. V. Mikhnevich, L. I. Orekhova. – Vitebsk, VSMU, 2017. – 119 p.

6. Марута Н. О. Клініко-психологічні особливості хворих на депресію з різним рівнем медикаментозного комплаєнсу (діагностика і корекція) / Н. О. Марута, Д. О. Жупанова // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 1 (86). – С. 5–11.

7. Cost-effectiveness evaluation of compliance therapy for people with psychosis / A. Healey, M. Knapp, J. Beecham [et al.] // British Journal of Psychiatry. – 1998. – Vol. 172. – P. 420–424.

8. Кремлева О. В. Проблемы некомплаентности в соматической клинике, тактика преодоления / О. В. Кремлева // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – No. 4 (21).

9. Банщиков Ф. Р. Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы / Ф. Р. Банщиков // Обзор психиатрии и медицинской психологии. – 2006. – № 4. – С. 9–11.

10. Комплаєнс хворих на алкогольну залежність: психологічні чинники формування, типологія, система психокорекції : метод. рек. / сост. Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова, О. І. Мінко, Н. М. Лісна. – Харків, 2011. – 24 с.

11. Метод прогнозування медикаментозного комплаєнсу в психіатрії: методическі рекомендації / НІПНІ ім. В. М. Бехтерева: сост. : Н. Б. Лутова с соавт. – СПб., 2007. – 24 с.

12. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та паліативної медичної допомоги. Деменція / під ред. А. О. Гаврилюк. – К., 2016. – 57 с.

1. Levada, O.A., & Trailin, A.V. (2013). Rasprostranennost psikhopatologicheskikh i povedencheskikh narushe-niy na etapakh razvitiya subkortikalnoy sosudistoy demen-tsii v pozhilom i starcheskom vozraste [The prevalence of psychopathological and behavioral disorders at the stages of development of subcortical vascular dementia in the elderly and senile]. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya im. P. B. Gannushkina – Psychiatry and Psychopharmacotherapy named after P. B. Gannushkin*, 3, 63-68 [in Russian].
2. Mishchenko, T.S., & Mishchenko, V.N. (2011). Sosudistaya dementsiya [Vascular dementia]. *NeyroNews – NeuroNews*, 2-1. Retrieved from: <https://neuronews.com.ua/ru/issue-article-452/Sosudistaya-demenciya#gsc.tab=0>
3. Umanskiy, S.V. (2010). Komplayens v terapii patsiyen-tov s pograničnymi psikhicheskimi rasstroystvami [Compliance in the treatment of patients with borderline mental disorders]. *Psikhiatriya Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal – Psychiatry Tyumen Medical Journal*, 1, 59-61 [in Russian].
4. Asriyan, O.B. (2016). Komplayens kak rezultat kom-munikativnoy kompetentnosti vracha [Compliance as a re-sult of the communicative competence of a doctor]. *Peda-gogika – Pedagogy*, 4, 93-97 [in Russian].
5. Glushanko, V.S., Gerberg, A.A., Mikhnevich, E.V., & Orekhova, L.I. (2017). *Biomedical ethics and communica-tions in health care: The abstract of lectures*. Vitebsk: VSMU.
6. Maruta, N.O., & Zhupanova, D.O. (2016). Kliniko-psykholohichni osoblyvosti khvorykh na depresiiu z riznym rivnem medykamentoznoho komplaiensu (diahnostyka i korektsiia) [Clinical and psychological features of patients with depression with different levels of drug compliance (diagnosis and correction)]. *Ukrainskyi visnyk psykhonev-rolohii – Ukrainian Newsletter of Neuropsychiatrist*, 24, 1 (86), 5-11 [in Ukrainian].
7. Healey, A., Knapp, M., Astin, J., Beecham, J., Kemp, R., Kirov, G., & David, A. (1998). Cost-effectiveness evaluation of compliance therapy for people with psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172, 420-424.
8. Kremleva, O.V. (2013). Problemy nonkomplayent-nosti v somaticheskoy klinike, taktika preodoleniya [Prob-lems of non-compliance in a somatic clinic, coping tactics]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn. – Medical Psychology in Russia: Electron. Scientific Journal*, 4 [in Russian].
9. Banskichikov, F.R. (2006). Komplayens v psikhiiatrii: realnost i perspektivy [Compliance in psychiatry: Reality and prospects]. *Obozreniye psikhiiatrii i meditsinskoy psi-khologii – Review of Psychiatry and Medical Psychology*, 4, 9-11 [in Russian].
10. Maruta, N.O., Shestopalova, L.F., Minko, O.I., & Lisna, N.M. (2011). *Komplayens khvorykh na alkoholnu za-lezhnist: psykholohichni chynnyky formuvannia, typolohiia, systema psykhokorektsii (metodychni rekomendatsii) [Compliance of patients with alcohol addiction: psychological fac-tors of formation, typology, system of psychocorrection (me-thodical recommendations)]*. Kharkiv [in Ukrainian].
11. (2007). *Metod prohnozirovaniya medykamentozno-go komplayensa v psikhiiatrii: metodicheskiye rekomendatsii [A method for predicting drug compliance in psychiatry: guidelines]*. Saint-Petersburg NIPNI named after V. M. Bekh-terev [in Russian].
12. Havryliuk, A.O. (Ed.). (2016). Kyiv [in Ukrainian].

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЕНСА ПАЦИЕНТОВ С ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

©К. В. Шевченко-Битенский

ГУ «Украинский научно-исследовательский институт медицинской реабилитации и курортологии
МЗ Украины», г. Одесса

РЕЗЮМЕ. Актуальность проблемы клинических особенностей медикаментозного компленса (МК) пациен-тов с сосудистой деменцией (СД) обусловлена, прежде всего, распространенностью данной патологии. Проб-леме МК пациентов с деменцией посвящено достаточное количество исследований, но в современной науке от-сутствуют систематизированные представления о комплаентности больных, клиническая картина которых включает не только когнитивные, а и некогнитивные расстройства. Особую проблему составляют галлюцинатор-но-параноидные расстройства (ГПР) при СД. Исследования в этом направлении имеют большое медико-социаль-ное значение.

Цель – изучить особенности МК среди пациентов с ГПР при СД.

Материал и методы. С целью определения особенностей МК у пациентов с ГПР при СД было обследовано 75 пациентов с данной патологией. 51 пациент с частичным и неполным МК вошел в основную группу, 24 пациен-та с полным МК составили контрольную группу. Для реализации цели исследования был использован клинико-психопатологический метод, дополненный шкалой МК, шкалой GAF и шкалой BPRS.

Результаты. Проведенные исследования показали, что у 67,9 % пациентов с ГПР при СД выявлены наруше-ния МК (у 34,6 % – частичный, у 33,3 % – низкий МК).

Признаками такого нарушения оказались факторы отношения к медикации (отказ / уклонение от приема назначенных лекарств и процедур, негативное отношение к применяемым препаратам и низкая оценка их эф-фективности), факторы, связанные с пациентом (отсутствие или частичная критика к болезни и ее проявлениям,

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення
высокий уровень продуктивной симптоматики в виде распада мыслительных процессов, враждебности, подозрительности, галлюцинаторно-параноидной симптоматики и низкий уровень социального функционирования); факторы, связанные с близким окружением (низкий уровень социальной поддержки); факторы, связанные с врачом (низкий уровень терапевтического альянса).

Выводы. Определенные факторы МК у лиц с ГПР при СД необходимо использовать для совершенствования диагностики ГПР у этих больных и разработки персонализированной программы их психосоциальной реабилитации, что позволит повысить эффективность терапии этого контингента пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: сосудистые деменции; медицинский комплаенс; галлюцинаторно-параноидные расстройства.

CLINICAL FEATURES OF MEDICINAL COMPLIANCE OF PATIENTS WITH HALLUCINATORY-PARANOID DISORDERS IN VASCULAR DEMENTIA

©K. V. Shevchenko-Bitensky

Ukrainian Research Institute of Medical Rehabilitation and Balneology of Ministry of Health of Ukraine, Odesa

SUMMARY. The relevance of the problem of the clinical features of medical compliance (MC) in patients with vascular dementia (VD) is connected with prevalence of this pathology. A sufficient number of studies have been devoted to the problem of MC in patients with dementia, but in modern science there is no systematic idea of patient compliance, clinical picture of which includes not only cognitive but also non-cognitive disorders. A particular problem is hallucinatory-paranoid disorders (HPD) in VD. Research in this direction is of great medical and social importance.

The aim – to establish the features of MC among patients with HPD in VD.

Material and Methods. In order to determine the characteristics of MC in patients with HPD in VD, 75 patients with this pathology were examined. 51 patients with partial and incomplete MC were included in the main group, 24 patients with full MC made up the control group. To achieve the goal of the study, a set of research methods was used, including the clinical and psychopathological method, supplemented by the MC scale, the GAF scale and the BPRS scale.

Results. It was shown, that in 67.9 % of patients with HPD in VD, violations of MC were detected (in 34.6 % – partial, in 33.3 % – low MC).

The signs of such a violation were factors: attitude to medication (refusal/avoidance of prescribed drugs and procedures, negative attitude to drugs that are taken and low assessment of their effectiveness), factors related to the patient (lack or partial criticism of the disease and its manifestations, a high level of productive symptoms in the form of a breakdown of thought processes, hostility, suspicion, hallucinatory-paranoid symptoms and a low level of social functioning); factors related to the close encirclement (low level of social support); factors associated with the doctor (low level of therapeutic alliance).

Conclusions. The factors of MC in individuals with HPD in VD are determined. It is necessary to use them to improve the diagnosis of HPD in these patients and to develop a personalized program for their psychosocial rehabilitation, which will increase the effectiveness of therapy in this population.

KEY WORDS: vascular dementia; medical compliance; hallucinatory-paranoid disorders.

Отримано 12.10.2019